مرادی شهربابک، فاطمه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱ (۲)، ۲۳۸-۲۲۷.

بررسی اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد

فاطمه مرادی شهربابک[1]- بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی[2] - حمیدرضا آقا محمدیان شعرباف[3]

تاریخ دریافت: تاریخ پذیرش:

چکیده

این پژوهش با هدف مطالعه اثر بخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی در جهت افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی انجام پذیرفت. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع آزمایشی (به صورت پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل) است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه کنندگانی که به کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی مراجعه کرده بودند، با توجه به ملاک نمره عزت نفس پایین(کمتر از نقطه برش ۲۳) در آزمون عزت نفس کوپراسمیت، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه گمارش شدند. نتایج تحلیل آماری آزمون Tدر پیش آزمون تفاوت معناداری را در میزان عزت نفس دو گروه نشان نداد. سپس در گروه آزمایش مداخله واقعیت درمانی به شیوه گروهی به صورت ۸ جلسه هفتگی درمان اجرا شد. بعد از اتمام دوره، به منظور سنجش میزان تغییر متغیر وابسته (میزان عزت نفس)، مجدداً آزمون مذکور به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل آماری تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری مکرر به تأیید فرضیه پژوهش (با ارزش معناداری ۰/۰۹۹ ($p<0/001$) در مرحله پس آزمون انجامید. جهت بررسی تداوم اثربخشی مداخله درمانی پس از گذشت ۴۵ روز ، آزمون مذکور در گروه آزمایش اجرا شد. نتایج نشان داد تفاوت بین مرحله پیگیری و مرحله پس آزمون در جهت کاهش معنادار شده است چنین به نظر می‌رسد که اثر واقعیت درمانی در این گروه تداوم نداشته است.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی، واقعیت درمانی، عزت نفس.

---

[1] .کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - moradifl@mums.ac.ir

[2] . استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

[3] . استاد دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

عزت نفس[1] واژه‌ای است که در محاوره‌های عمومی و روان شناسی کاربرد بسیار گسترده‌ای دارد و به احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تایید او نسبت به خودش مربوط است (بلاسکویچ و توماکا[2]، ۱۹۹۱و ساسون[3]،۲۰۰۷). پرکاربردترین تعریف از عزت نفس تعریفی است که روزنبرگ[4] در سال ۱۹۶۵ ارائه کرده است : " نگرش مطلوب و نامطلوب نسبت به خود" (به نقل از جان و مک آرتور[5]،۲۰۰۴). بنابراین احساس ارزشمندی بر تمام جوانب زندگی افراد و همچنین نگرش آنها نسبت به توانایی‌هایشان تاثیر دارد.

عزت نفس و مفهوم خود ارزشمندی از اساسی‌ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت فرد است. برخورداری از اراده و اعتماد به نفس قوی، قدرت تصمیم گیری، ابتکار، خلاقیت و نوآوری، سلامت فکر و بهداشت روانی رابطه مستقیمی با میزان و چگونگی عزت نفس و احساس خود ارزشمندی دارد. امروزه در اصلاح و درمان بسیاری از اختلالات شخصیتی و رفتاری از قبیل کمرویی و گوشه گیری، لجبازی و پرخاشگری، و تنبلی، ارزیابی و پرورش احساس عزت نفس ،تقویت اعتماد به نفس و مهارت‌های فردی و اجتماعی به عنوان اولین یا مهمترین گام مورد توجه قرار می‌گیرد. (بیابانگرد،۱۳۷۳).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین عزت نفس بالا و ویژگی‌های شخصیتی مثبت در افراد رابطه وجود دارد. افرادی که عزت نفس بالایی دارند، دارای ویژگی‌هایی چون پختگی روانی، ثبات، واقع گرایی، آرامش، توانایی بالا در تحمل ناکامی و شکست می‌باشند. در حالی‌که افرادی که عزت نفس پایینی دارند از چنین ویژگی‌هایی برخوردار نیستند (هال و رو[6]،۱۹۹۱). عزت نفس بالا با ویژگی‌های روانشناختی مطلوب مثل دقت ادراکی (استگر وسیمونز[7]،۱۹۷۳) ، سازگاری بهتر با پیری (کارپ و کارپ[8]، ۱۹۸۰)، کارپ[8]، ۱۹۸۰)، همرنگی کمتر(سینگ و باگالپور[9]،۱۹۷۲) و انعطاف پذیری نقش جنسی (داسک[10]، ۱۹۸۰) (داسک[10]، ۱۹۸۰) رابطه دارد (به نقل از بدنر و پترسون[11]، ۱۹۶۱).

---

1. Self esteem
2. Blascovich,J & Tomaka,J
3. Sassoon, E.
4. Rosenberg.A.
5. John,D & MacArthur,C.
6. Hall,L & Row,A.
7. Stegler.A. & Simmons,H.I.
8. Carp,M & Carp,J.
9. Singon,R. & Bhaglapur
10. Dusk.H
11. Bedner,R.L & Peterson,P.L

ماکسول و براوس[1] (۱۹۹۲) به نقل از نقل از نصری(۱۳۸۳) در پژوهشی رابطهٔ افسردگی و پرخاشگری را با عزت نفس در ۲۷ جوان بزهکار بررسی کردند. نتایج نشان داد بین افسردگی و پرخاشگری با عزت نفس پائین رابطه معناداری وجود دارد. هرمان[2] (۲۰۰۰) در تحقیقی که بر روی دانشجویان دانشگاه اوهایو[3] انجام داد به این نتیجه رسید که افراد با عزت نفس پائین راحت‌تر به افسردگی مبتلا می‌شوند و همچنین مطرح کردکه خود عزت نفس پائین می‌تواند منجر به افسردگی گردد. دب[4] (۲۰۰۹) نیز در تحقیقی که بر روی ۱۱۸ بیمار افسرده انجام شد به این یافته دست یافت که عزت نفس بیماران افسرده نسبت به افراد عادی به طور معناداری پایین‌تر است .در این پژوهش، زنان افسرده نسبت به مردان افسرده عزت نفس پایین‌تری داشتند.

همچنین پژوهش‌هایی وجود دارند مبنی بر اینکه عزت نفس با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد. از جمله اومالی و بچمن[5] (۱۹۷۹) به نقل از بارون[6](۱۹۹۱)در پژوهش‌های خود دریافتند افراد با عزت نفس پائین در مقایسه با افراد با عزت نفس بالا، در مدرسه، نمرات کمتری میگیرند

همان‌گونه که در پژوهش‌ها اشاره شد عزت نفس پائین به طور چشمگیری با نشانه‌های مرضی همبسته است و با بسیاری از مسایل و مشکلات بهداشت روانی رابطه دارد و معمولاً به آسیب‌های روانی منجر می‌گردد (سیلوارستون[7] (سیلوارستون[7] به نقل از هال وتریر[8]، ۲۰۰۳).

بیشتر تحقیقات انجام شده در زمینه عزت نفس توصیفی است و تحقیقات مداخله‌ای اندکی در این زمینه صورت گرفته است. به عنوان نمونه می‌توان به پژوهش مک مانوس[9] (۲۰۰۹) اشاره کرد که با انجام مطالعه موردی بر روی آزمودنی با عزت نفس، پس ازدرمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسید که این درمان با تغییر در افکار و باورهای فرد، منجر به افزایش میزان عزت نفس وکاهش میزان افسردگی و اضطراب آزمودنی گردیده است. بنابراین با توجه به اهمیت عزت نفس و نقش کلیدی آن در سلامت روان و اینکه تعداد مداخلات انجام شده در این حوزه محدود بوده است، لازم است تا درمانی کارآمد و مطلوب برای افزایش میزان عزت نفس به‌کار رود.

---

1. Makswel,N. & Brows,G
2. Hermann,A.D
3. Ohayoo
4. Deb.S.
5. Omally,B.M & Bachman,J.G.
6. Baron,R.
7. Silvareston,P.H
8. Hall.Pl & Tarrier,N
9. Mc Manus,F

واقعیت درمانی[1] گلاسر[2] یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در این شیوه درمان مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه نیل به هویت توفیق که ارتباط مستقیمی با عزت نفس دارد مورد تاکید است (کاترین[3]،۲۰۰۸). کیم[4] (۲۰۰۹) در پژوهشی که بر روی بیماران اسکیزوفرنی بستری شده (۱۵نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) که در یکی از بیمارستان‌های روانی در کره جنوبی انجام داد، به این یافته رسید که واقعیت درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مولفه‌های کنترل درونی، عزت نفس، و مقابله با استرس گردیده است.

گلاسر (۱۳۸۲)، هویت را آن تصوری می‌داند که فرد از خودش دارد و بوسیلهٔ آن احساس موفقیت یا عدم موفقیت نسبی می‌کند. در آغاز، هویت تمام افراد، هویت توفیق است ولی مقارن با سن ۴ یا ۵ سالگی که همزمان با سن مدرسه رفتن است، هویت شکست نیز ظاهر می‌گردد؛ زیرا در این سن و سال است که فرد به ایجاد و توسعه مهارت‌های اجتماعی، گویایی، عقلانی و تفکری می‌پردازد و اگر شخص نتواند ارزیابی درستی از خود داشته باشد و فقط به ارزشیابی دیگران توجه کند هویت شکست در او شکل می‌گیرد. وی همچنین معتقد است که علت رنج ، گوشه‌گیری و اختلاف روانی مثل افسردگی عدم توانایی فرد در به دست آوردن راه‌های موفقیت آمیز کسب هویت توفیق است. .مطالعات اینگرام و هینکل[5] (۱۹۹۰) و هریس[6] (۱۹۹۵) به نقل از بدنر و پترسون(۱۹۹۶) برآموزش مسئولیت‌پذیری در بیماران افسرده و دانش آموزان نشان دهنده کاهش افسردگی و افزایش مسئولیت‌پذیری در آزمودنی‌ها بوده است. از جانب دیگر ادبی(۱۳۷۹) در پژوهشی که بر روی نوجوانان انجام داده است به این نتیجه رسید که افرادی که به هویت توفیق رسیده‌اند از سلامت روان بالایی برخوردارند و عزت نفس بالایی نیز دارند.

گلاسر (۲۰۰۸) بیان می‌دارد: افراد برای برخورداری از احساسات بهتر نسبت به خود و زندگی باید پذیرای مسئولیت باشند . بر اساس نظریه انتخاب، هر موجود آدمی از ۵ نیاز اساسی برخوردار است که عبارتند از: ۱- تعلق خاطر و رغبت اجتماعی(عشق) ۲- پیشرفت وقدرت ۳- آزادی ۴- تفریح ۵- نیاز به بقا.

---

1. Reality therapy
2. Glasser,W
3. Caterin,L
4. Kim,J.
5. Ingram & Hinkle
6. Harris.P

بر اساس همین نظریه هرفرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت احساس شادمانی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را بطور مؤثر برآورده سازد و باور کند که سر رشته امور زندگی‌اش در دست خودش است و خود می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد. وی در مطالعاتی که بر روی زوج‌ها انجام داده است شناسایی نیارهای اساسی و تامین مؤثر این نیازها را در رضایت‌مندی آنها مهم می‌داند. پترسون[1]، چانگ[2] و کولینز[3] (۱۹۹۵) بر تامین نیازهای اساسی دانشجویان پژوهشی انجام دادند و دریافتند پس از جلسات مشاوره واقعیت درمانی و آموزش نظریه انتخاب، ارضای نیازهای اساسی گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است (به نقل ازبدنر و پترسون، ۱۹۹۶).

هدف واقعیت درمانی، پرورش قبول مسئولیت در فرد و ایجاد هویتی موفق است. فرد بایستی رفتاری را که در صدد اصلاح آن است، شناسایی کند، تمام توجه خود را به آن معطوف سازد و عذر و بهانه ای برای رد مسئولیت خود نیاورد. در این رویکرد تلاش می‌شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی خود را بشناسد. با صراحت آن‌ها را تعریف کند. راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آن‌ها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب‌تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید (شفیع آبادی،۱۳۸۴). مطالعات هانیمن[4] (۱۹۹۰)، چانس[5] و همکارانش (۱۹۹۰) و بلاک[6] (۱۹۹۴) به نقل از کیم[7] (۲۰۰۲) بر معتادین و زندانیان نشان می‌دهدکه در ادراک خود و خودپنداره آزمودنی‌ها، پس از دریافت واقعیت درمانی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به آنچه مطرح شد، به نظر می‌رسد که این نوع درمان برای افزایش میزان عزت نفس مؤثر است. به منظور رفع محدودیت‌های روان درمانی فردی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و همچنین میزان زمان مورد نیاز و با درنظر گرفتن مزیت‌های روان درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنی داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه هیجانی، رویکرد درمانی خاصی به صورت گروهی در مورد مراجعان به کار گرفته شد (صاحبی وجمعه‌پور،۱۳۸۲).

---

[1]. Peterson,J.
[2]. Chang.R
[3]. Coulinse J.C
[4]. Haniman,F
[5]. Chance,N.A
[6]. Black,K.L
[7]. Kim,Hee

روش پژوهش

روش ،جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه گیری، ابزار پـژوهش،روش گـردآوری و روش تجزیه و تحلیل داده های پژوهش

برای اعلام برگزاری واقعیت درمانی گروهی در یک بازه ۲۵ روزه در تمام دانشکده‌های دانشگاه فردوسی و خوابگاه‌های دانشجویی فجر و پردیس اطلاعیه‌هایی نصب شد و با همکاری مرکز مشاوره دانشگاه فردوسی ۸۳ نفر نام نویسی شدند.

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویانی تشکیل می‌دهند که در بازه زمانی ۱۵ فروردین تا ۱۰ اردیبهشت ماه ۱۳۸۶، برای افزایش عزت نفس خود به کلینیک روانشناسی بالینی و مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرده‌اند.

در این مرحله، آزمون عزت نفس کوپر اسمیت بر روی افرادی که نام نویسی کرده بودند، اجراشد. در طرح پژوهشی طباطبایی و همکاران (۱۳۷۴) به نقل از حجت خواه(۱۳۷۵) بر اساس نمره میانگین و انحراف استاندارد ۳۰/۴ و ۷/۲۱، نقطه برش ۲۳ برای این آزمون بدست آمده است. طبق نظر کاپلان وسادوک[1] (۱۹۹۸) شرکت کنندگان در گروه می‌توانند از ۳ تا ۱۵ نفر باشند اما اکثر درمانگران ۱۲ـ۸ نفر را برای شرکت در گروه پیشنهاد کرده‌اند. در این پژوهش برای اینکه نمونه معنادار باشد از ظرفیت حداکثر ۱۵ نفر برای هر گروه استفاده شد. این تعداد برای در نظر گرفتن افت آزمودنی نیز مطلوب است. انتخاب نمونه مورد پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان این مراجعه کنندگان انجام شد.پس از اجرای آزمون با توجه به نقطه برش و مصاحبه بالینی که با افراد حین تکمیل پرسشنامه صورت گرفت، از بین۸۳ نفر ۳۰ نفر که نمره عزت نفسشان پایین‌تر از نقطه برش بود، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به طوری که در هر گروه ۱۵ نفر قرار گیرد، گمارش شدند. انتخاب این تعداد آزمودنی برای هر گروه به این دلیل صورت گرفت که قرار بود درمان مورد نظر به شیوه گروهی اجرا شود.

1.Kaplan,H.I & Sadok,B.J.

ابزار پژوهش و پایایی[1] و روایی[2] آن

مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت: کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت نفس خود را براساس تجدید نظری که بر روی مقیاس "راجرز و دیموند" در (۱۹۵۴) انجام داد، تهیه کرد. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن یعنی شماره‌های ۴۸،۴۱،۳۴،۲۷،۲۰،۱۳،۶، ۵۵ دروغ سنج است. در مجموعه ۵ ماده آن به ۴ خرده مقیاس عزت نقش کلی، عزت نفس اجتماعی همسالان، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی تقسیم شده است. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت ۱۰۰ است؛ به این صورت که ماده شماره۳۶،۳۲، ۳۰،۲۹،۲۸،۲۴،۲۳،۲۱،۱۹،۱۸،۱۴،۱۰،۵،۴،۲، ۴۵، ۴۷، ۵۷، پاسخ بله یک نمره، پاسخ خیر نمره صفر میگیرد و بقیه سئوالات معکوس است یعنی پاسخ خیر آنها یک نمره و پاسخ بله نمره صفر میگیرد. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد ممکن است بگیرد صفر و حداکثر نمره ۵۰ خواهد بود چنانچه پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معناست که نتیجه آزمون قابل اعتماد نیست و آزمودنی سعی کرده است که خود را بهتر از آن چه هست جلوه دهد.

نیسی (۱۳۶۳) به نقل از حجت خواه(۱۳۷۵) این پرسشنامه را نخست ترجمه و سپس برای آن ضرایب پایانی و روایی را محاسبه کرد. میزان روایی آزمون که از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون با معدل سال آخر ۲۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر بدست آمده بود، برای پسران ۹۶٪ و برای دختران ۷۱٪ است و میزان پایایی نیز با روش آزمون ـ باز آزمون برای پسران ۹۰٪ و برای دختران ۹۲٪ بدست آمد. روش درمانی مبتنی بر نظریه واقعیت درمانی شامل این مراحل و تکنیک‌ها بود: (۱) بیان مقدمه کوتاهی از واقعیت درمانی(۲) بیان اهداف گروه و بررسی انتظارات اعضای گروه (۳) بیان یک جمله مثبت نسبت به عضو دیگر جهت شروع ایجاد خودپنداره مثبت (۴) نوشتن سیاهه‌ای از نمی‌توانم‌ها و تدفین آن‌ها و جایگزینی واژه می‌توانم و تلاش خواهم کرد در محاورات روزانه (۵) تاکید بر تفاوت‌ها و شباهت‌های بین اعضا (۶) معرفی نیازهای اساسی (۷) تهیه سیاهه‌ای از نیازها و اولویت‌بندی آن‌ها و چگونگی ایجاد راه‌های سالم در تامین آن‌ها با در نظر گرفتن توانایی‌ها و امکانات خودشان (۸) آموزش نظریه انتخاب وتوضیح ماشین رفتار کلی و مولفه‌های آن (شناخت، عمل، احساس و فیزیولوژی) و نقش افراد در حرکت ماشین رفتارشان به سوی اهدافشان (۹) ترسیم اهداف واقع بینانه و قابل دسترس (۱۰) ارزیابی توانایی کنترل خویشتن، تقویت جنبه‌های مثبت خود (۱۱) توصیف و بیان جهان کیفی و جهان عینی(۱۲) استفاده از پیوستار میزان احساس

1.Reliability
2.Validity

رضایت در هر روز برای ارزیابی پیشرفت خود. لازم به ذکر است که محتوای جلسات هفتگی را گفتکو و بیان احساسات، آموزش و بحث گروهی، تمرین و ارائه تکلیف تشکیل می‌داد.

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آزمایشی است که به صورت طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. متغیر مستقل این پژوهش واقعیت درمانی و متغیر وابسته میزان عزت نفس می‌باشند.

بر اساس سرمد (۱۳۷۹) وگال (۱۳۸۳) یکی از روش‌های آماری صحیح که می‌توان برای تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از اجرای این طرح بکار برد، تحلیل واریانس دو عاملی(عوامل گروه و زمان) با اندازه گیری مکرر (به دلیل سه مرحله اجرای آزمون) است که نسبت به آزمون T استودنت معتبرتر می‌باشد.

با انجام آزمون آماریT مستقل از عدم وجود تفاوت معنادار در بین گروه آزمایش و کنترل اطمینان حاصل شد. سپس مداخله درمانی به مدت ۱۶ساعت که به صورت ۸ جلسه هفتگی واقعیت درمانی به شیوه گروهی به منظور افزایش میزان عزت نفس طراحی شده بود، اجرا شد. به افراد گروه کنترل گفته شد که بعد از آزمون مرحله اول، دو ماه بعد نیز از آن‌ها آزمون‌هایی گرفته خواهد شد و علاوه بر آن، می‌توانند در جلسات گروه درمانی اختیاری شرکت نمایند.

درمانگران این پژوهش دارای تخصص دکترای مشاوره و کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بودند. در طول دوره درمان ۴ نفر ریزش داشتند. به این ترتیب در مرحله تجزیه و تحلیل برای همسان بودن تعداد آزمودنی‌ها، ۴ نفر از گروه گواه حذف شدند. در پایان مرحله درمان، آزمون ذکر شده مجددا برای هر دو گروه تکرار شد.

یافته های پژوهش

فرضیه تحقیق: واقعیت درمانی به شیوه گروهی در مقایسه با گروه کنترل بطور معناداری موجب افزایش میزان عزت نفس می‌شود.

برای بررسی این نکته که آیا بین میانگین نمرات عزت نفس در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون تفاوتی هست یا خیر، این میانگین‌ها با استفاده از روش آماری آزمون T برای گروه‌های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین‌ها تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P<۰/۰۵$).

جدول ۱ . میانگین، انحراف استاندارد، واریانس نمره‌های عزت‌نفس گروه‌ها در پیش‌آزمون

گروه / وضعیت	گروه آزمایش		گروه گواه		درجه آزادی	T	سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
پیش آزمون	۱۸/۴۵	۶/۳۶	۱۶/۲۸	۵/۲۱	۲۰	۰/۹۱۷	۰/۳۷

جدول۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات تعاملی دو متغیر زمان و گروه در نمره عزت نفس

شاخص / متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت	سطح معناداری
گروه	۲۶۴/۵۸۴	۱	۲۶۴/۵۸۴	۶/۷۴۷	۰/۰۱۷
زمان	۴۶۹/۲۱۲	۲	۲۳۴/۶۰۶	۱۷/۲۷۹	۰/۰۰۰
گروه زمان	۲۶۷/۰۳۰	۲	۱۳۳/۵۱۵	۹/۸۳۴	۰/۰۰۰

در این جدول منظور از گروه، گروه آزمایش و گواه است و منظور از زمان پیش آزمون پس آزمون و پیگیری می‌باشد. با توجه به اینکه شاخص**F** حاصل از تعامل دو متغیّر (۹/۸۳۴) با درجه آزادی (۱) در سطح ۰/۹۹ معنادار است بنابراین اثر تعاملی دو متغیّر معنادار است و مشخص می‌گردد که واقعیت درمانی به شیوه گروهی در افزایش معنادار میزان عزت نفس در گروه آزمایش موثر بوده است. به این ترتیب فرضیه مورد نظر تایید می‌گردد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری

شاخص / متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت	سطح معناداری
پیش آزمون- پس آزمون	۵۳۰/۱۸۲	۱	۵۳۰/۱۸۲	۱۵/۵۶۴	۰/۰۰۱
پس آزمون- پیگیری	۱۷۴/۷۲۷	۱	۱۷۴/۷۲۷	۶/۳۰۴	۰/۰۲۱

نمرات عزت نفس آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نسبت به نمرات عزت نفس آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است و همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است با توجه به اینکه شاخص**F**(۶/۳۰۴) حاصل از تعامل دو مرحله(پس آزمون و پیگیری) با درجه آزادی(۱)در سطح ۰/۹۵ در جهت کاهش معنادار است بیانگر آن است که این نوع درمان در مرحله پیگیری اثربخش نبوده

است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان عزت نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی صورت پذیرفت. همانطور که از نتایج بررسی‌ها در جدول ۲ بر می‌آید درمان مذکور، میزان عزت نفس دانشجویان را به طور معناداری بیش از گروه گواه افزایش داده است.

یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌های اومالی و بچمن (۱۹۷۹)، وسلی (۱۹۸۸)، هانیمن (۱۹۹۰)، چانس و همکارانش (۱۹۹۰)، ماکسول و براوس (۱۹۹۲)، پترسون، چانگ و کولینز (۱۹۹۵)، هریس (۱۹۹۵)، هرمان[1] (۲۰۰۰)، کادنا (۲۰۰۷)، گلاسر (۲۰۰۸)، دب[2] (۲۰۰۹)، نوئرت (۲۰۰۹)، کیم (۲۰۰۹) و مک مانوس (۲۰۰۹) همسو می‌باشد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش دب (۲۰۰۹) بر بیمار افسرده نشان داد که عزت نفس بیماران افسرده نسبت به افراد نرمال به طور معناداری پایین تر است.

در این تحقیق زنان افسرده نسبت به مردان افسرده عزت نفس پایین تری داشتند کیم (۲۰۰۹) در پژوهشی که بر روی بیماران اسکیزوفرنی انجام داد به این نتیجه رسید که واقعیت درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مولفه‌های کنترل درونی، عزت نفس و مقابله با استرس گردیده است.

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان به این موارد اشاره کرد: همانطور که در پژوهش‌ها نشان داده شد، عزت نفس با مولفه‌هایی از قبیل مسئولیت پذیری و کنترل درونی همبستگی بالایی دارد. چنانچه افراد تصور مثبت و واقع بینانه‌ای نسبت به خودشان داشته باشند، احساس ارزشمندی را تجربه می‌کنند.

یکی از دلایلی که باعث شده نمرات گروه آزمایش پس از ۸ جلسه مداخله افزایش یابد آن است که در طی این جلسات، براساس رویکرد واقعیت درمانی به مراجعان آموزش داده شد تا نیازهای اساسی‌شان را شناخته و به طور صحیحی برآورده کنند؛ زیرا ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح، سبب افزایش میزان عزت نفس می‌شود. همچنین در این رویکرد بر تقویت منبع کنترل درونی تاکید می‌شود. اینکه افراد بتوانند موفقیت‌ها را به خودشان نسبت دهند و معتقد شوند که تفکر، رفتار و احساسی که تجربه می‌کنند تحت کنترل خودشان است. و چنانچه به این نتیجه رسیدند که رفتار شان،آن ها را در جهت ارضاء نیازهایشان سوق نمی‌دهد رفتاردیگری را انتخاب و پذیرای مسئولیت پیامد انتخاب خود باشند.بنا براین با توجه به مطالبی که بیان شد و پژوهش‌های انجام شده می‌توان به شناختی از علت افزایش میزان عزت نفس

---

1. Hermann,A.D
2. Deb.S.

دانشجویان بر اساس رویکرد واقعیت درمانی دست یافت. در مرحله پیگیری این پژوهش نتایج نشان داد که میزان اثربخشی این نوع درمان، کاهش یافته است. از دلایل این امر می‌توان به تعداد کم جلسات (۸ جلسه)و تجربه اندک درمانگر اشاره نمود. لازم به ذکر است که چند تن از آزمودنی‌ها پس از انجام آزمون در مرحله پیگیری، دلیل پائین آمدن نمره عزت نفس خود را در تاثیر خانواده و محیط به عنوان موانع ارضای نیازهایشان بخصوص نیاز به قدرت و آزادی دانسته‌اند.

در انتها بایستی اشاره کرد، گرچه بر پایه یافته‌های پژوهشی، رویکرد حاضر از اثربخشی برخوردار می‌باشد، اما بکارگیری شیوه درمانی حاضر در قالب طرح های تک آزمودنی و آزمایشی با نمونه‌های بزرگتر ضروری می‌باشد. با توجه به اهمیت عزت نفس در عرصه‌های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در سلامت روان و همچنین مزایای واقعیت درمانی به شیوه گروهی، پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء عزت نفس افراد در حوزه‌های مختلف دیگر از جمله مراکز مشاوره، مدارس و ... از این روش استفاده شود. همچنین این نوع درمان علاوه بر عزت نفس کلی بر عزت نفس تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی نیز مورد بررسی قرار گیرد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش کوچک بودن گروه و بالا بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌های نمونه است لذا شاید تعمیم یافته‌های پژوهش به جامعه ممکن نباشد.

منابع

ادبی، راضیه (۱۳۷۹). بررسی رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در اوایل و اواسط نوجوانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی تهران.

براندن، ناتانیل (۱۳۸۲). *روانشناسی عزت نفس*، ترجمه، مهدی قراچه داغی، تهران: نخستین.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۳). *روشهای افزایش عزت نفس درکودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

حجت‌خواه، محسن(۱۳۷۵)، بررسی و مقایسه سطح اضطراب و عزت نفس در بیماران مضطرب و افراد بهنجار ، پایان‌نامه ارشد بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

سرمد ،زهره؛ بازرگان،عباس؛ حجازی،الهه،(۱۳۷۶). روش های تحقیق در علوم رفتاری،نشر آگه.

شفیع ابادی، عبدالله، (۱۳۸۴)، نظریه های مشاوره و رواندرمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.

صاحبی، علی و جمعه پور، حمید (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی: اصول و روش ها، *فصلنامه تازه های روان درمانی(هیپنوتیزم)*، شماره ۲۷ و۲۸.

گال،مردیت،بورگ،والتر،گال،جوسین،(۱۳۸۳) ،روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی،ترجمه احمد رضا نصر،انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

گلاسر، ویلیام،(۱۳۸۲)، مدارس بدون شکست، ترجمه ساده حمزه ، مژده حمزه تبریزی، تهران: انتشارات رشد.

نصری، مریم(۱۳۸۲). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر میزان عـزت نفـس، پایـان‌نامـه ارشد روانشناسی بالینی ، دانشگاه فردوسی

Baron, R. (1991). A: Self concept and academic achievement ,Investig ating their improvement as discriminator of academic track membership in high school. Canadian Journal of Education.

Bedner, R,L. & Peterson, S.R. (1996): *self – esteem: paradox and innovations in clinical theory and practice*. Washington: American psychology Association.

Blascovich,J.&Tomaka.J(1991), Measure of self esteem . In J.P.Robinson ,p,r.Shaver & L.S.Wrightsman (Eds). *Measure of personality &social psychology attitude* .Vol 1.

Cadena Christine (2007). Choice therapy & reality therapy: Innovative approach to managing ADHD.

Caterin,l.C. (2008). The effect of reality therapy based group counseling on the self esteem.

Coopersmith, S,(1967)The antecedent of self-esteem. New Yourk:W.H.Freeman.

Deb,Sibnath(2009). Self esteem of depressive patients. *Journal of the India academy of a applied psychology. Vol 35.no 2-239-244.*

Glasser, William. (2008) . station of the mind: New direction for reality therapy. New York.

Glasser, W& Glasser,C(2008):eight lessons for a happier marriage.*New york*

Hal,L & Row,J (1991)). Journal of educational psychology & psychological Abstoacts, vol 82. No:9.

Hall, P.L. & Tarrier. N(2003). The cognitive behaviour. treatment of low self esteem a psycotic patient*: a pilot study journal of behaviour research and therapy*

Hermann,A.D (2000). Path models of the relations ships of instrumentality and expressiveness, social self efficacy and self esteem to depressive symptoms in college students *.journal of social and diniacal psychology*. Vol 25 No: 10

John,D &Catherien .T.mac.Arture (2004) Research net work on socie economic status &Health self esteem.

Kaplan, H.I., & Sadock , B.J. (1998). Synopsis of psychiatry: behavioral Science/ clinical Psychiatry. *NewYourk: Williams & Wilkins.*

Kim,Hee (2002). The effect of a reality Herapy program an the responsibility for elementary school children in korea/international journal of reality therapy . vol : xyII number J.

Kim,Jeongsoon(2009). Effectivness of reality therapy program for schizophrenic pationet.

Mc manus, Ferda(2009). Cognitive- behaviour therapy for low self esteem; A case example. *Association for behaviour and cognitive therapies publish by Elsevier.*

Nauert, Rick (2009) . Reality therapy for PTSD. *Reviewed by John M Grohal.*